

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean REYT

Né le 2 Janvier 1891, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

UN CAS

D'OSTÉITE A FORME NÉVRALGIQUE

(Maladie de Gosselin)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCC
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses.	GOSSET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTEUR
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN
LE DOCTEUR FERD. REYT

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HALLÉ

Médecin de l'Hôpital Necker

*Qui nous a inspiré notre
travail et nous en a fourni
les matériaux*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGES

Monsieur le Professeur MOSSÉ ;

Monsieur le Professeur JEANNEL (Toulouse 1911-1912) ;

Monsieur le Professeur CHANTEMESSE.

EXTERNAT

Monsieur le Docteur SOULIGOUX ;

Monsieur le Docteur DELHERM ;

Monsieur le Docteur HALLÉ ;

Monsieur le Professeur BAR ;

Monsieur le Professeur agrégé LEQUEUX ;

Monsieur le Professeur agrégé METZGER ;

MM. les Docteurs SAINTON, FAURE-BEAULIEU.

Hommage de profonde gratitude.

INTRODUCTION

Gosselin a décrit une forme d'ostéite, caractérisée anatomiquement, par le fait que ce n'est pas une ostéite suppurante et, cliniquement, par des douleurs d'une grande intensité, douleurs que le traitement médical est impuissant à calmer, si bien qu'en dernier recours, c'est au chirurgien qu'il appartient de les faire cesser, par une trépanation de l'os malade.

Séparant cette forme d'ostéite de l'ostéomyélite prolongée ou larvée, des abcès et des faux abcès des os, déjà décrits par Brodie, puis par Cruveilhier, Gosselin l'appelle ostéite névralgique, et, dans sa communication à l'Académie de Médecine du 5 octobre 1875, il peut en rapporter six observations.

Son élève Naud, dans sa thèse de la Faculté de Paris (1868), en avait donné les principaux caractères. Nous les résumerons en disant :

C'est une ostéite non suppurante, caractérisée par l'hyperémie et l'épaississement du périoste, par des productions osseuses anormales, par de l'hyperostose et surtout par des phénomènes douloureux qui lui donnent un cachet spécial.

Depuis, comme nous le verrons en étudiant l'anatomie pathologique de l'affection, d'autres auteurs se sont occupés de la question. Certains même lui refusent une individualité clinique et la rattachent aux ostéomyélites larvées ou prolongées.

Or, nous devons à l'obligeance de notre maître le Docteur J. Hallé, médecin de l'hôpital Necker, de pouvoir publier une observation d'ostéite névralgique, survenue à la suite d'un traumatisme, chez une femme de 30 ans, jusque-là bien portante et indemne de tout antécédent syphilitique, tuberculeux ou névropathique.

Cette observation élimine tout d'abord, dans la production des douleurs, l'élément névropathique ou hystérique, auquel beaucoup d'auteurs font jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie de la maladie. Ensuite elle ne montre, toujours à propos de l'étiologie, qu'un traumatisme du poignet qui semble avoir été l'unique point de départ des souffrances endurées pendant 19 mois par notre malade. Enfin, elle est surtout démonstrative du caractère périodique des névralgies qui apparaissaient chaque soir entre 5 h. 30 minutes et 6 heures, pour durer jusqu'à 10 heures du soir et s'atténuer dans le reste de la nuit.

La relation de l'histoire de cette malade, Jeanne B... fera le sujet de notre travail.

Au cours de nos recherches sur ce sujet, nous avons eu à comparer d'autres affections osseuses pouvant s'accompagner de phénomènes douloureux intenses.

La syphilis et la blennorrhagie notamment sont capables de créer, l'une des douleurs dites « ostéocopes », l'autre une hyperostose généralisée ou localisée du calcanéum, accom-

pagnée de douleurs extrêmement vives qui constituent la talalgie blennorragique. Dans ces deux affections du reste, un état infectieux dû au spirochaete pour l'une, au gonococque pour l'autre, se retrouve à l'origine de la maladie. Tandis que dans l'ostéite névralgique nous ne trouverons qu'un traumatisme à l'origine des souffrances de notre malade. Nous aurons donc à opposer ces divers états pathologiques.

Qu'il nous soit permis avant d'aller plus loin, d'adresser nos plus vifs remerciements à Monsieur le Docteur J. Hallé, médecin de l'hôpital Necker qui, pendant plus d'un an dans ses services de l'hôpital Tenon et de l'hôpital Necker, a été pour nous le guide le plus dévoué et nous a fourni le sujet de ce travail.

ÉTIOLOGIE

L'ostéite névralgique est une affection de l'âge moyen de la vie. Elle survient de 20 à 50 ans et semble beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Dans certaines observations, on a noté la prédisposition créée par un état névropathique antérieur. Gosselin, en différents mémoires publiés sur cette question, attribue à l'hystérie une grande influence dans la production des douleurs de cette affection. Les auteurs contemporains (Duplay, Poncet) sont du même avis, et Maucclair rapporte même l'observation d'une malade éprouvant depuis longtemps des douleurs atroces dans le fémur, douleurs qu'une injection sous-cutanée de sérum physiologique, *loco dolenti* suffit à faire disparaître.

Plus fréquente dans la classe pauvre, l'ostéite névralgique débute souvent à la suite d'un traumatisme. Le plus souvent aucune cause d'ordre général telle que la syphilis ou la tuberculose, n'intervient dans sa production. Les auteurs écartent du reste généralement ces deux facteurs.

Chez quelques sujets pourtant on a noté des antécédents rhumatismaux, l'arthritisme, l'influence du refroidissement.

Dans l'observation que nous rapportons, les douleurs sont apparues à la suite d'un traumatisme violent, puisqu'il s'est accompagné d'une défaillance de la malade. Mais cette malade était une femme vigoureuse, jusque là bien portante. Une réaction de Bordet-Wassermann, effectuée sur son sang, s'est montrée négative. Nous éliminerons donc la syphilis des antécédents de Jeanne B... D'autre part ceux-ci ne présentent aucune trace d'un état névropathique ou hystérique antérieur. Le Docteur J. Hallé est même formel sur ce point.

« La malade, dit-il, est tout le contraire d'une hystérique ou d'une névropathe ».

Le traumatisme seul se trouve donc à l'origine de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de passer à l'étude des lésions, nous dirons quelques mots sur le siège habituel de l'ostéite névralgique.

L'affection siège, de préférence, sur les os longs des membres, le tibia, le fémur, l'humérus. On a cependant rapporté des cas où elle s'est montrée sur des os plats ou courts. Poncet signale l'atteinte du premier métatarsien du pied droit et celle des clavicules. Mais la généralité des auteurs admettent que les os longs des membres sont le plus souvent frappés.

Dans ces os, les douleurs prennent leur point de départ au niveau des portions juxta-épiphysaires ou parfois dans la continuité de la diaphyse. Leur lieu d'élection, d'après Poncet, semble être le tissu spongieux de la diaphyse, rarement l'épiphyse.

Quelles sont maintenant les lésions rencontrées dans ces ostéites névralgiques.

Nous allons voir, à ce sujet, qu'il faut établir des distinctions entre les désordres rencontrés dans le tissu osseux, les uns étant des abcès ou des faux-abcès, quelquefois reliquats d'ostéomyélites prolongées ou plus ou moins larvées, les autres, étant des états inflammatoires mais sans suppuration, amenant une ostéite condensante. Abcès, faux-abcès,

foyers d'ostéite condensante s'accompagnent d'ailleurs de ces phénomènes douloureux intenses et marqués de crises paroxystiques qui individualisent l'ostéite névralgique.

Gosselin et Heydenreich, examinant des pièces provenant de malades de ce genre, ne signalent que des abcès osseux, dès points d'ostéite raréfiante et parfois l'absence de lésions.

Bloch en fait une forme d'ostéomyélite atténuée avec ostéoporose, sans suppuration.

Plus tard Ollier et Perret signalent, d'après un examen histologique fait par Renaud, des lésions de névrite de filets nerveux intra-osseux.

Plus récemment, Le Dentu a rencontré, en pareil cas, soit l'absence de lésions anatomiques, soit une hyperémie osseuse, une ostéo-périostite non suppurative, soit des lésions étendues représentées par des hyperostoses ostéomyélitiques des abcès francs, des foyers d'ostéoporose ostéomyélitique avec reliquat ou séreux ou fongueux, ou même de petits séquestres. Enfin il reconnaît des ostéalgies *sine materia*, dues au rhumatisme et surtout à l'hystérie plus ou moins larvée.

Enfin, Duplay fait de cette affection une forme clinique de l'ostéomyélite prolongée dont il distingue plusieurs variétés.

Tout d'abord des variétés avec abcès. Un premier type d'abcès est celui qu'on a appelé *abcès douloureux des épiphyses* (Brodie, Cruveilhier). C'est une cavité limitée par une zone d'ostéite condensante plus ou moins épaisse, pleine quelquefois d'un véritable pus phlegmoneux, mais sans séquestres. Un deuxième type d'abcès contient un liquide séreux ou séro-purulent, c'est-à-dire du pus modifié. Un troi-

sième type constitue le *faux-abcès des os* de Gosselin. Ce sont des espaces lacunaires creusés dans l'intimité du tissu osseux, communiquant largement entre eux et remplis de fongosités.

Enfin, Duplay reconnaît que dans certains cas, on ne trouve aucune lésion d'ostéomyélite, *mais seulement de l'ostéite condensante aboutissant à une sorte d'éburnation de l'os.*

C'est cette lésion que nous rencontrons dans le cas de Jeanne B... L'ostéite névralgique dont elle a souffert nous paraît avoir eu pour point de départ un foyer d'ostéite condensante siégeant dans l'apophyse styloïde du cubitus droit. Des radiographies de la région ont été faites en effet par le Docteur Lomon, Chef du Laboratoire de Radiologie de l'hôpital Saint-Michel. Elles nous montrent très nettement ce foyer sous l'aspect d'un noyau régulièrement arrondi, de la grosseur d'un petit pois, de coloration plus sombre que le reste de l'os. Sa teinte est plus foncée au centre qu'à la périphérie. De son pourtour s'échappent des travées osseuses rayonnant tout autour de lui.

C'est là un foyer d'ostéite condensante nettement visible sur la radiographie du poignet (Fig. 1).

Un agrandissement de la partie malade nous confirme du reste ces caractères (Fig. 4).

Enfin, la partie de l'apophyse styloïde enlevée chirurgicalement a été radiographiée, sous deux incidences différentes. Ces épreuves nous montrent la zone éburnée, bien limitée (Fig. 2 et 3).

Ajoutons que l'examen histologique qui a été pratiqué sur la pièce fixée et décalcifiée n'a montré que de l'éburnation de l'os, sans aucune suppuration. //

Il semble donc que sous l'influence du traumatisme, se soit constitué un foyer de condensation osseuse allant jusqu'à l'éburnation. C'est à cela que nous devons rapporter l'origine des douleurs dont a souffert Jeanne B.

Mais dans l'ostéite névralgique, la lésion osseuse n'est pas tout.

La moelle est également atteinte. Poncet, en effet, signale que le tissu médullaire est le siège des mêmes phénomènes plastiques que nous avons trouvés dans le tissu osseux. La moelle est rouge, vascularisée, parfois, de teinte grisâtre. Sa consistance est augmentée notablement, puisqu'au cours d'une intervention, elle a pu donner au chirurgien la sensation d'un fragment de caoutchouc. C'est alors une véritable ostéomyélite sclérotique.

Nous retiendrons de ce résumé que des foyers de condensation osseuse développés au sein du tissu osseux peuvent produire des douleurs névralgiques analogues à celles qui naissent dans les ostéomyélites frustes et les abcès des os, affections où on trouve des lésions inflammatoires suppurées capables de les expliquer.

Il nous reste maintenant à examiner par quel mécanisme se produisent les douleurs. Il semble que dans cette ostéomyélite sclérotique avec éburnation de l'os, il faille invoquer la compression, l'étranglement de la moelle hyperémiee dont les éléments cellulaires se multiplient rapidement. Contenue dans un canal dur et inextensible, cette moelle hyperémiee ne peut se dilater, d'où résulte une compression des filets nerveux dans les canaux qu'ils parcourent. Ces canaux sont du reste rétrécis, de leur côté, par le processus d'ostéite condensante.



FIG. I.



FIG. II.

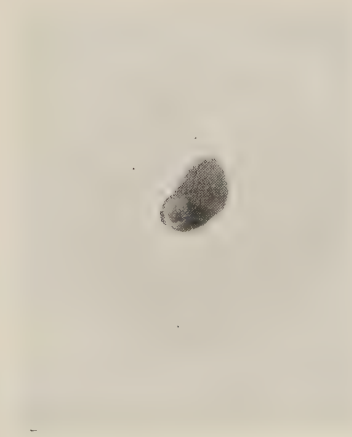


FIG. III.

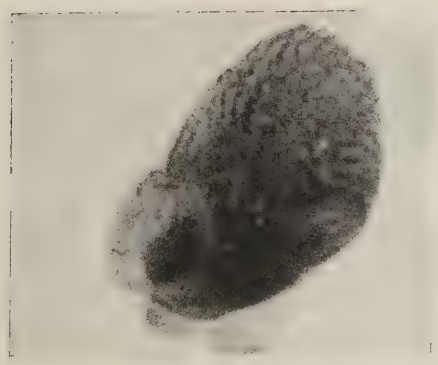


FIG. IV.

De plus l'inflammation s'étend aussi aux éléments nerveux intraosseux. Renaud a trouvé des lésions de névrite de ces filets. Dès lors la douleur paraît avoir une double cause : la névrite d'une part, l'étranglement de ces filets nerveux atteints de névrite d'autre part.

Enfin, ajoutons que dans la production de la douleur, une part revient à la distension du périoste par l'os augmenté de volume.

Nous avons parlé d'inflammation. Or, actuellement, l'inflammation suppose l'intervention d'un germe capable de la produire. Sur ce point quelques recherches ont été faites. Nous avons relevé celles de Bloch, qui, ensemencant des fragments de moelle prélevés au cours d'interventions, a obtenu des cultures de staphylocoque doré. Maucclair a également trouvé le staphylocoque doré. Dans 15 autres cas, Bloch examinant le pus de sujets ayant présenté la symptomatologie de l'abcès des os trouve 12 fois le staphylocoque blanc et doré. Enfin Colzi trouve l'*aureus* dans deux cas.

Ceci montre que dans l'ostéite névralgique ou plutôt dans des formes d'ostéomyélite larvée ou prolongée, — il est souvent très difficile de faire la distinction — on trouve des germes pathogènes. Mais dans l'observation de Jeanne B., il semble que, grâce aux circonstances dans lesquelles s'est produit le début de l'affection, nous devions éliminer l'influence des germes pathogènes dans la production de la lésion et faire de celle-ci une lésion inflammatoire, non microbienne, mais d'origine traumatique.

SYMPTOMATOLOGIE

L'ostéite névralgique est une affection à marche lente.

Son début se voit souvent à l'occasion d'un traumatisme. C'est le cas de Jeanne B. Mais parfois aussi on a vu se développer ces phénomènes douloureux sans cause apparente. La douleur commence tantôt insidieusement, tantôt atteint d'emblée une assez grande intensité. Dans le premier cas, elle est d'abord modérée puis s'amplifie peu, à peu, mais déjà son caractère de périodicité est bien marqué.

Elle survient en effet par accès entrecoupés de périodes de calme qui peuvent parfois être fort longues, puisqu'on les a vu durer des années.

Par la suite ces crises douloureuses se rapprochent jusqu'à devenir subintrantes.

C'est alors une douleur violente, atroce, térébrante, revenant par accès, et qui, au moment des paroxysmes, prive les malheureux qui sont en proie à ses attaques, de tout espèce de sommeil, soit spontané, soit provoqué.

C'est ainsi que Gosselin s'exprime au sujet de ces accès.

L'observation de Jeanne B. va nous permettre d'insister sur certains points.

D'abord Jeanne B. sentait venir sa crise douloureuse qui était annoncée par une sensation de chaleur dans la main et qui se couvrait de sueur, sans toutefois présenter de

troubles vaso-moteurs, ni pâleur, ni rougeur. En même temps les veines de l'avant-bras et de la main se gonflaient, devenaient turgescents, détail noté par le D^r Arnaud (de Voiteur) qui le premier fut consulté par la malade.

Ce sont là, en quelque sorte, des signes prémonitoires de la crise.

Mais ces crises avaient, en plus, un caractère de périodicité des plus marqué.

Elles revenaient chaque soir, — entre cinq heures et demie et six heures — pour durer jusqu'à dix heures du soir, moment où les douleurs commençaient à s'atténuer pour cesser ensuite peu à peu.

Enfin nous noterons l'intensité de la douleur. Elle est extrême et les malades font à son sujet les comparaisons les plus variées. Elle est atroce et térébrante, dit Gosselin. Notre malade la compare à un arrachement.

Cette douleur est d'autre part sujette à des exacerbations nocturnes et elle est aggravée par la marche, la station debout ou assise, lorsqu'elle siège au membre inférieur, les variations atmosphériques même.

Duplay insiste beaucoup sur son exagération dans la position déclive du membre et considère ce caractère comme presque pathognomonique.

C'est dans l'épiphyse atteinte que les malades localisent leur douleur. Mais elle y est mal limitée, diffuse, et présente des irradiations vers la racine du membre.

Ainsi, Jeanne B. a très bien noté que la douleur s'installait au point où son poignet avait été traumatisé, c'est-à-dire au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus.

C'était d'abord un simple élançement qui bientôt se propageait jusqu'à l'olécrane où il se fixait de nouveau, à la partie la plus saillante de l'apophyse, sans toutefois y présenter la même intensité qu'au poignet. Notre malade avait même remarqué que, lorsque la douleur était très vive à l'olécrane, elle semblait plutôt moins intense à l'extrémité inférieure du cubitus que lorsqu'elle était fixée à cet endroit seulement.

Périodicité, intensité extrême, exaspération nocturne et sous l'influence des divers facteurs énumérés, irradiations, tels sont donc les caractères de la douleur de l'ostéite névralgique.

Si, maintenant, au cours de l'examen des malades on recherche la douleur provoquée, on s'aperçoit que celle-ci n'est pas très vive. Elle peut pourtant être localisée en certains points. Ainsi Duplay dans une de ses observations (*Gazette des Hôpitaux*, 1897, p. 762) arrive à localiser cette douleur à la pression en deux points situés : l'un au bord postérieur de la malléole tibiale, l'autre sur le bord antérieur de l'épiphyse, au niveau et en dedans de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Dans le cas de Jeanne B. il n'existait qu'une légère sensibilité au niveau de l'union de l'apophyse styloïde et du corps du cubitus.

L'examen permet, en outre, de se rendre compte de l'augmentation de volume de la région malade. Il existe à ce niveau un gonflement parfois considérable. Dans un cas d'ostéite névralgique de l'extrémité inférieure du tibia droit, Duplay note que cette région semble double de la région homologue non atteinte. Régulier dans son ensemble, régu-

lièrement dur, ce gonflement ne montre aucun point ramolli ou fluctuant.

Enfin les parties molles sont normales. L'intégrité de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané est complète.

Le périoste par contre paraît épaissi. Il est quelquefois marqué de dépressions allongées en forme de saillies ou de gouttières comme il en existe parfois au niveau de varices très anciennes.

C'est encore à Duplay que nous devons ce détail. Cet auteur a d'ailleurs vu dans un cas, ces gouttières remplies de veines incrustées dans l'épaisseur du périoste.

Enfin, il existe presque toujours une hyperthermie locale appréciable à la main, au cours de l'exploration.

Nous noterons ici la curieuse impotence fonctionnelle dont était atteinte Jeanne B. pendant ses crises et qui paraissait siéger dans la zone du nerf cubital. Au cours des douleurs, la fermeture de la main devient difficile, l'extension des doigts est elle-même très gênée. Tous les doigts y compris l'index et le médius ont tendance à se mettre en demi-flexion. A ce moment tout travail devenait impossible et la malade était forcée d'interrompre ses occupations.

Les grands signes de l'ostéite névralgique sont donc la douleur avec les caractères que nous lui avons indiqués, le gonflement de l'os atteint, l'hyperthermie localisée au niveau de la région malade.

L'état général n'est pas touché du fait de l'affection elle-même mais la souffrance continue au moment des crises, les insomnies répétées que celles-ci entraînent, peuvent jeter ces malades dans un état de dénutrition assez marqué pour obliger le chirurgien à intervenir.

Au début de notre travail, nous nous proposons de comparer les douleurs de l'ostéite névralgiques à celles de la syphilis osseuse et à celles de la talalgie blennorragique.

Ces deux affections sont en effet marquées par des phénomènes douloureux très intenses.

Dans le premier cas, ils prennent le nom de douleurs « *ostéocopes* », dans le second celui de talalgie blennorragique (ou pternalgie).

Ces douleurs ostéocopes apparaissent à la période secondaire de la maladie et quelquefois la précèdent. On peut aussi les voir à la période tertiaire. Elles sont alors plus tardives. Communes dans les deux sexes elles semblent, toutefois, plus fréquentes chez l'homme. Habituellement elles coïncident avec l'apparition des syphilides : roséoles, syphilides érythémato-papuleuses.

Leur étiologie est obscure. Edm. Fournier croit qu'elles se produisent de préférence :

1° d'abord, chez les sujets jeunes et lymphatiques ;

2° ensuite, au cours des syphilis qui, d'emblée, affectent l'état général, qui s'en prennent à la santé, en créant tout un ensemble de troubles infectieux vers les divers systèmes ;

3° enfin, au cours des syphilis malignes.

Elles sont provoquées par différentes lésions : d'abord les périostites, ensuite les périostoses, enfin parfois, les os deviennent le siège d'une sensibilité morbide très accusée, sans qu'aucune tumeur, aucun phénomène inflammatoire se développe à leur surface. La douleur dans ce cas est le seul symptôme clinique et il s'agit d'une ostéalgie.

Cette ostéalgie se montre, de préférence, au niveau des portions du squelette qui se trouvent situées immédiatement

sous la peau, surtout, aux points où abonde le tissu fibreux, où s'épanouissent des aponévroses, où s'insèrent des tendons et des ligaments. Il existe alors une douleur circonscrite, superficielle, facilement délimitable par le palper qui provoque dans une certaine étendue de véritables angoisses.

On n'observe aucun autre symptôme, ni tuméfaction, ni saillie, pas d'empâtement, pas de rougeur des téguments. La surface de l'os est lisse et normale. La douleur, seul signe appréciable, constitue tout l'état morbide. Et cette douleur est parfois très intense. Survenant surtout la nuit, pendant laquelle elle est sujette à des exacerbations, elle empêche le malade de dormir. Les paroxysmes qu'elle présente sont influencés par la chaleur du lit.

Ces douleurs cèdent au traitement mercuriel ou arsenical.

Nous en retiendrons l'existence dans la syphilis, de douleurs à caractère névralgique, siégeant dans les os altérés parfois, d'autres fois indemnes de toute lésion anatomique, mais en tout cas, soumises à l'action du processus infectieux développé par le spirochaete dans l'organisme.

Dans la blennorrhagie, on observe également des phénomènes douloureux très intenses liés ceux-ci à des hyperostoses localisées ou généralisées. Leur siège le plus fréquent se trouve au niveau du calcanéum et ils constituent alors l'affection connue sous le nom de talalgie blennorrhagique. Mais il existe des douleurs analogues autour du genou, au niveau de l'insertion des muscles de la patte d'oie, au coude, à l'olécrane, au niveau de la crête iliaque.

Nous ne nous occuperons que de la talalgie blennorrhagique, la mieux étudiée de ces ostéalgies.

La talalgie blennorrhagique ne se montre jamais au début

de la maladie. Elle apparaît seulement vers la troisième ou la quatrième semaine, alors que l'écoulement est en voie de diminution. Existant surtout dans les blennorrhagies chroniques ou répétées, elle peut se voir à la suite de traitements imprudents, d'injections mal pratiquées.

C'est l'apanage presque exclusif de l'homme, surtout de celui que sa profession astreint à de longues stations debout.

On en distingue d'ailleurs deux formes : une forme simple et une forme compliquée par des troubles trophiques.

La talalie simple débute, comme nous l'avons dit, insidieusement, vers la 3^e ou la 4^e semaine de la maladie, par une douleur vague, rhumatoïde, qui peu à peu devient plus aiguë, puis enfin vive comme une névralgie sciatique. Bientôt le malade ne peut plus marcher, se plaint de ses pieds, de ses talons qu'il ne peut plus poser à terre sans éprouver de vives souffrances. Il en est réduit à se tenir sur la pointe ou sur le bord des pieds. Enfin la douleur devient si vive que le sujet reste au lit.

L'examen physique ne décèle d'abord rien. Mais peu à peu se dessine un empâtement péri-calcanéen, surtout marqué au niveau de la face interne de l'os, à l'endroit où passe la gouttière calcanéenne. La palpation localise la douleur soit au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, soit sur la face externe du calcanéum, à l'insertion du ligament péronéo-calcanéen de l'articulation tibio-tarsienne, soit au niveau des deux tubérosités interne et externe de la face plantaire de l'os.

La talalie accompagnée de troubles trophiques présente des douleurs un peu différentes, violentes et persistantes,

s'accompagnant souvent de douleurs fulgurantes analogues à celles du tabes mais localisées dans le pied.

La caractéristique anatomique de cette affection est la lésion appelée par Jacquet : calcanéite ossifiante. C'est une hyperostose généralisée, vue d'ailleurs à l'autopsie de malades morts d'une maladie intercurrente.

Le calcanéum est augmenté de volume dans toutes ses dimensions, et pris à poignée, il donne une sensation de résistance indiquant une néoformation osseuse et non pas seulement un empâtement péri-calcanéen par inflammation des parties molles. On note l'effacement des dépressions postérieures qui existent normalement de chaque côté du tendon d'Achille. Le diamètre transversal du talon est accru. La lésion est du reste le plus souvent symétrique mais avec prédominance d'un côté. Enfin les téguments sont sains.

Il existe parfois, enfin, une talalgie blennorragique due à la production d'une hyperostose en forme d'épine implantée par sa base, à la face plantaire du calcanéum. Cette production est cause de douleurs intolérables ressenties par le malade, lorsqu'il pose le pied à terre. Il s'agit ici de douleurs dues à la pression que cette néoformation osseuse exerce, sans cesse, sur les parties molles sous-jacentes, pendant la marche. Notre maître le docteur Hallé nous a signalé à plusieurs reprises cette cause de talalgie.

On peut opposer cette hyperostose aux hyperostoses ostéogéniques, qui, avec des productions osseuses bien plus considérables, sont relativement peu gênantes pour le malade.

Mais ce n'est pas tout. On a constaté dans la talalgie avec ou sans hyperostose des lésions de névrite interstitielle

(Brousse) et même un névrôme fasciculé au niveau des talons malades et opérés.

Nous voyons donc dans la talalgie blennorrhagique se constituer un ensemble de lésions hyperostosantes du calcanéum. Celles-ci sont dues à l'existence d'une blennorrhagie et à la gonococcémie qui en résulte. D'ailleurs le gonocoque est capable de créer de toutes pièces de vastes lésions d'ostéite hypertrophiante. N'avons nous pas vu un fémur entièrement doublé d'épaisseur, chez une femme atteinte de blennorrhagie vaginale.

Il nous semble donc pouvoir opposer ces faits d'hyperostoses douloureuses accompagnées de douleurs névralgiques, à ceux de l'ostéite névralgique où toute l'affection semble se développer à la suite d'un traumatisme et souvent sans cause connue.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'ostéite névralgique a une évolution chronique. Elle met un certain temps à s'installer, puis procède, dans la suite, par poussées entrecoupées de périodes de calme.

Peu à peu, ces crises paroxystiques deviennent subintrantes.

Il n'en est pourtant pas toujours ainsi. Dans le cas de notre malade, l'évolution a été, semble-t-il, un peu différente. L'affection ne s'est constituée que trois semaines après l'accident qui l'a produite. Mais d'emblée les crises se sont montrées très régulièrement, chaque soir, presque à la même heure et pendant près de deux ans elles ont montré cette périodicité. Toutefois leur répétition et leur intensité n'avaient pas réussi à troubler l'état général de Jeanne B.

Malheureusement, ces crises douloureuses jettent parfois les malades dans un état de dénutrition inquiétant. Souffrant sans cesse des tortures atroces, les malades épuisent toutes les ressources thérapeutiques, consultent successivement médecins, chirurgiens, pour en venir aux guérisseurs. L'emploi des calmants et des hypnotiques reste à peu près sans effet et finit par altérer leur santé. On traite volontiers ces malades de névropathes, d'hystériques. On croit difficile-

ment que leur douleur puisse provenir d'une lésion à peine appréciable parfois au toucher et à la vue. Les malades en viennent à demander une intervention qui mettra fin à leurs souffrances. Et le chirurgien, pour faire cesser ces crises, est alors obligé d'intervenir, poussé par le malade bien plus que par sa conviction personnelle de faire cesser les douleurs.

Nous n'avons noté dans nos recherches qu'une seule complication. C'est la possibilité d'une arthrite de voisinage, lorsque l'affection siège à proximité d'une articulation. Mais cette complication apparaît comme une rareté. D'ailleurs une ostéite névralgique d'origine traumatique, c'est-à-dire amicrobienne, semble ne pouvoir que rarement donner lieu à une pareille complication.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fera en se basant sur les signes que nous avons décrits au cours de la symptomatologie.

La *douleur* avec ses caractères : crises à paroxysmes nocturnes, séparées par des intervalles de calme absolu, irradiations vers la diaphyse de l'os malade — le *gonflement* en masse ou circonscrit de la région atteinte, l'*hyperthermie locale* — feront faire le diagnostic d'ostéite.

Le fait que cette ostéite ne suppure pas, ne s'accompagne pas de l'ouverture d'un abcès à la peau, suivie d'une fistule longue à guérir, l'intégrité des téguments et des plans sous-jacents feront éliminer l'ostéite suppurante.

Enfin la radiographie montrant dans l'os douloureux et gonflé, une zone opaque de plus grande condensation osseuse, pourra faire soupçonner la véritable nature de l'affection.

Le diagnostic n'en sera pas moins assez délicat.

Il faudra d'ailleurs éliminer les affections capables de créer des phénomènes douloureux intenses et rebelles.

Les douleurs *ostéocopes* de la syphilis seront d'abord à rejeter. Nous avons vu qu'elles créent un état pathologique quelquefois très analogue à celui de l'ostéite névralgique.

Les commémoratifs, l'absence de manifestations cutanées et des stigmates habituels de la maladie, au besoin un traitement *pierre de touche* permettront d'éliminer la syphilis. D'ailleurs la réaction de Bordet-Wassermann donnera, à ce sujet, de précieux renseignements.

L'absence d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux chez les malades, l'absence de suppuration, l'absence de phénomènes inflammatoires au niveau de l'os atteint feront éliminer la tuberculose.

Enfin il faudra distinguer les douleurs de l'ostéite névralgique de douleurs dues à une inflammation de l'os.

Les douleurs de l'ostéite n'ont pas le même caractère. Elles sont profondes, mais sourdes, n'empêchent pas les malades de dormir.

Enfin bientôt les signes de suppuration viennent montrer la nature de la maladie.

L'ostéomyélite aiguë donne lieu à des douleurs excruciantes qui donnent la sensation de fracture sans fracture. Ces douleurs siègent au niveau d'une épiphyse ou plutôt de la région juxta-épiphysaire d'un os long. Mais en même temps il y a un empâtement douloureux de l'os pouvant donner une fluctuation appréciable. En même temps les téguments et les plans sous-jacents réagissent à l'infection. Enfin il y a des signes généraux graves qui permettent le diagnostic de l'affection.

Une ostéomyélite chronique ou larvée sera diagnostiquée par les commémoratifs qui apprendront l'existence d'une première atteinte, par les signes d'une ancienne suppuration au niveau de la partie malade.

Enfin, les exostoses ostéogéniques se caractérisent par leur apparition dans l'enfance, leur indolence qui les fait bien supporter des malades et qui contraste avec le volume parfois considérable des lésions.

La Radiographie sera toujours d'un grand secours, car elle permettra de voir le foyer d'ostéite condensante, cause de l'affection.

TRAITEMENT

Le seul traitement est l'intervention chirurgicale qui, en enlevant la cause du mal, le foyer d'ostéite condensante, fait cesser les douleurs.

Le traitement médical est du reste sans action. Tous les auteurs ont noté que l'opium et les médicaments dirigés contre la douleur, étaient inefficaces.

Jeanne B. qui a fort bien observé l'action de ces médications, était obligé de prendre jusqu'à 2 et 3 grammes d'antipyrine par jour sans obtenir, malgré ces doses élevées, la sédation de la douleur.

Par contre tous les malades, au bout de quelques temps, sollicitent l'intervention chirurgicale. L'opération consiste en un évidement du foyer osseux, lorsqu'il est délimité à la radiographie, en une trépanation de l'os malade, en une simple incision du périoste qui s'est montrée parfois suffisante (A. Poncét).

Dans le cas de notre malade, l'intervention s'est montrée très efficace. Le chirurgien, après incision de la peau et des plans sous-cutanés, fit, à la gouge et au maillet, l'ablation de la partie malade de l'apophyse styloïde du cubitus. Les suites furent normales, les douleurs cessèrent complètement et depuis Jeanne B. peut de nouveau vaquer à ses

occupations, sans éprouver la moindre gêne au niveau de son poignet.

C'est donc au chirurgien que l'on adressera ces malades. Celui-ci après radiographie de la région malade, fera une trépanation large ou un évidement de l'os pour enlever la zone éburnée.

Ajoutons d'ailleurs que les cas où l'affection aboutit à l'amputation se feront de plus en plus rares, la radiographie permettant de voir les foyers osseux causes de l'affection.

OBSERVATION

Ostéite à forme névralgique de l'extrémité inférieure du cubitus, datant de 19 mois ; guérison radicale par l'ablation du foyer malade. Examen radiographique et histologique. (Observation due à l'obligeance du D^r J. HALLÉ, médecin de l'Hôpital Necker).

Jeanne B. 30 ans, est une femme robuste, intelligente et active qui a été domestique pendant plusieurs années, à Paris, chez le Docteur Hallé, avant d'épouser un cultivateur du Jura où elle habite Baume-les-Messieurs, et s'occupe des travaux de sa ferme. Le Docteur Hallé qui gardera toujours le meilleur souvenir des soins parfaits qu'elle a donnés à ses enfants, est très affirmatif sur ce point que Jeanne B. est tout le contraire d'une hystérique, d'une mentale, d'une imaginative. C'est une femme posée, intelligente et nullement nerveuse. Sa maladie remonte à l'été 1910, deux ans après son mariage, époque où elle a eu un traumatisme assez violent au niveau du poignet droit.

L'accident se produit de la façon suivante. En débouchant un bidon à soupe en métal, de ceux qu'on a l'habitude d'emporter dans les champs pour les repas des travailleurs agricoles, Jeanne B. fait effort pour enlever le couvercle qui résiste ; elle insiste, le couvercle échappe brusquement et vient par son bord frapper avec violence la partie inférieure du cubitus droit près du poignet. Le coup est assez violent pour que la malade pendant quelques minutes se sente pâlir, manque de se trouver mal. Cependant les jours suivants il ne se produit même pas d'ecchymose, et le lendemain Jeanne B. peut se servir de son bras. Mais quinze

jours à trois semaines après, la malade observe que la fatigue des travaux des champs amène le soir une certaine gêne au niveau de la zone traumatisée, puis un peu de sensibilité douloureuse et même une très légère enflure.

Les choses restent ainsi d'Août à Novembre. A cette époque la douleur devient plus violente, revient chaque jour entre cinq heures 30 minutes et six heures, tous les jours, sans exception et alors commence pour Jeanne B. une existence extrêmement pénible au point qu'après deux ans de souffrances atroces, après avoir essayé tous les traitements de nombre de médecins, elle accepterait tout pour être débarrassée des affreuses douleurs qu'elle ressent chaque soir dans son poignet.

Voici comment se déroulent les crises qui n'ont jamais cessé depuis 19 mois, sans aucun jour d'intervalle, variant seulement un peu d'heure surtout à la suite de l'administration de certains médicaments qui les déplacent ou les atténuent.

La crise névralgique débute par un petit élançement au point où a eu lieu le traumatisme, et où l'on voit encore une très légère saillie contrastant à peine avec la région symétrique de l'autre côté. Le palper fait percevoir au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus un peu de gonflement sur un point très localisé. C'est nettement de ce point que part presque subitement la douleur et c'est toujours à ce niveau que commence la crise. De ce point, la douleur gagne le coude, sans suivre précisément tout le trajet du cubitus mais en gagnant très vite la partie la plus saillante de l'olécrane où elle arrive et se fixe après quelques instants en restant moins vive qu'au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus.

Jamais la douleur n'a tendance à gagner l'articulation du poignet, le radius jamais n'a été douloureux, non plus que l'épaule. Jamais d'irradiation vers le cou ou la région presternale ou cardiaque. La malade a souvent fait la remarque que lorsque la douleur était très vive à l'olécrane, elle était plutôt moins vive à l'extrémité inférieure du cubitus que lorsqu'elle restait localisée à l'apophyse styloïde.

Le plus souvent, la crise névralgique est annoncée par une sen-

sation de chaleur dans la main qui devient chaude, se couvre de sueur, mais ne présente aucun trouble vaso-moteur, ni pâleur, ni rougeur. Généralement la crise met cinq à six minutes à s'installer et dès ce moment Jeanne B. est obligé d'interrompre ses occupations, incapable de continuer son travail.

Il n'existe et n'a jamais existé à la main aucun trouble de la sensibilité au toucher, à la douleur, aucune dissociation syringomyélique de la sensibilité, rien qui puisse faire penser que le nerf cubital est lui même en cause directe. Jamais depuis deux ans que durent ces crises, il n'y a eu d'atrophie du bras ou de l'avant-bras.

Dans l'intervalle des crises douloureuses, la malade peut vaquer à toutes ses occupations, traire ses vaches, cultiver son jardin, etc...

A partir du moment où la crise douloureuse est installée, à l'élément douleur s'ajoute une certaine impotence fonctionnelle de la main qui rend du reste tout travail impossible. La malade a de la peine à fermer le poing, ou à étendre les doigts : tous les doigts y compris l'index et le médus ont une tendance à être demi-fléchis sans écartement. Tous les doigts sont douloureux, ainsi que la paume de la main mais la région du poignet et le poignet lui-même ne sont pas douloureux. La malade compare la douleur qu'elle ressent dans la main à un arrachement.

Au début les crises durèrent seulement quelques heures ; plus tard, quand elles furent nettement installées, elles durèrent une partie de la nuit, allant en diminuant à partir de 10 heures du soir environ, empêchant généralement tout sommeil.

Dès le début des crises douloureuses, la malade consulte le Dr Arnaud, de Voiteur, qui pense à l'existence d'une ostéite et tente successivement sans aucune amélioration des traitements locaux très variés. On essaie des frictions, des massages, des pommades, la teinture d'iode, le chlorure de méthyle, des liniments et des onguents morphinés, ultérieurement des vésicatoires, des pointes de feu, des topiques spéciaux, des mouches Rien n'arrive à diminuer les crises qui reviennent aussi violentes avec

leur périodicité propre. De désespoir la malade consulte successivement les divers médecins de la région qui sont tous impuissants à la soulager et la soumettent aux thérapeutiques les plus différentes.

Revenue voir après quelques mois le Docteur Arnaud qui reste ferme dans son diagnostic d'ostéite, mais ne peut croire que ce choc et ce gonflement insignifiant soient l'origine de tout ce mal, la malade se voit astreinte à suivre un traitement mercuriel. La périodicité des douleurs, leur caractère vespéral avaient frappé notre confrère et lui faisait comparer évidemment ces crises névralgiques à des douleurs ostéocopes. L'iodure à l'intérieur, le mercure sous diverses formes n'amènent aucun soulagement et ne modifient en rien les crises.

De fait, seule l'administration interne de certaines préparations amenait une certaine diminution de la douleur. Après avoir tenté l'usage de divers cachets et en avoir étudié l'action, la malade finit par en conserver deux seulement, ceux d'antipyrine et les cachets Faivre.

L'antipyrine à la dose d'un gramme amenait presque toujours et assez rapidement une grande amélioration de la crise déjà installée, la malade sentant alors que sa main cessait de lui paraître aussi chaude en même temps que la douleur rétrocedait de l'olécrane vers l'apophyse styloïde. Parfois même elle cessait tout à fait.

L'antipyrine prise préventivement avait d'ailleurs une action très nette. La dose de 1 gramme pouvait quelquefois empêcher la crise, plus souvent la retardait, mais alors elle se produisait dans la nuit empêchant tout sommeil ; si bien que la malade en vint après quelques mois à ne plus pouvoir se passer d'antipyrine. Pour arriver à faire son travail et à dormir, elle dut prendre de 2 à 3 grammes d'antipyrine tous les jours.

Ce qui était le plus remarquable, c'était le caractère constant de la crise, le siège fixe de la douleur, l'irradiation au sommet de l'olécrane, la brûlure de la main, l'immobilité des doigts en demi-

façon. A noter l'absence de troubles de la sensibilité dans tous ses modes, et l'absence de troubles trophiques.

Malgré ces douleurs névralgiques si pénibles, la santé générale de Jeanne B. reste bonne. Elle garde un assez bon appétit, et son courage, malgré la douleur, n'est pas abattu. Elle continue à s'occuper de sa ferme tout le temps qu'elle ne souffre pas trop, mais les heures sans sommeil lui sont particulièrement pénibles. Elle se rend compte de l'inconvénient qu'il y a pour elle à être obligée de recourir tous les jours à des doses élevées d'antipyrine.

Cet état dure jusqu'en septembre 1911, soit 14 mois environ, lorsque le D^r Arnaud lui propose pour la première fois un grattage osseux. La malade refuse l'opération qu'elle redoute.

J. B. reste donc avec ses crises jusqu'au début du mois de mars 1912, époque où elle vient me consulter à Paris.

Mars 1912. — A L'EXAMEN on constate une légère saillie de l'apophyse styloïde du cubitus droit qu'on sent plus qu'on ne la voit. Le palper éveille seulement une légère douleur qui siège non à la pointe de l'apophyse styloïde, mais à l'union de celle-ci avec l'extrémité inférieure de la diaphyse. Rien d'anormal au niveau de l'articulation du poignet lui-même. La sensibilité qu'on éveille par le toucher est insignifiante si on la compare à l'affreuse douleur de la crise journalière que la malade ressent depuis 19 mois. La pression sur le point douloureux n'amène aucune irradiation jusqu'à la région du coude comme il arrive dans la crise périodique spontanée.

La santé générale de la malade ne paraît pas mauvaise. Elle semble n'avoir pas souffert notablement ni des crises douloureuses, ni des médications employées, en particulier de l'antipyrine à la dose de 2 et 3 grammes par jour. On ne constate rien d'anormal dans les différents organes, ni tuberculose osseuse, ni lésion syphilitique des os. Du reste un Wassermann pratiqué les jours suivants montre une réaction nettement négative.

Le diagnostic d'ostéite à forme névralgique est porté de façon ferme et ce diagnostic est confirmé successivement par le D^r Noël Hallé et par le D^r J. Récamier qui tous deux conseillent le grat-

tage et l'ablation du point osseux malade. L'opération est cette fois acceptée par la patiente.

RADIOGRAPHIE pratiquée par le Docteur Lomon, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôpital Saint-Michel.

A) *Radiographie avant l'opération.* — Bonne radiographie de la région du poignet. Ne montre qu'une seule lésion au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, vers sa pointe mais n'atteignant pas tout à fait sa pointe. A ce niveau, on trouve une ombre beaucoup plus marquée que le reste de l'apophyse styloïde du cubitus qui, dans son ensemble, ne paraît pas nettement augmentée de volume. Cette ombre arrondie, plus épaisse à son centre qu'à sa partie périphérique, a au plus 4 à 5 millimètres dans ses diverses dimensions, sur le cliché photographique.

B) *Radiographie du fragment osseux de l'apophyse styloïde enlevé chirurgicalement.* — Deux épreuves radiographiques sont faites avec le fragment osseux enlevé lors de l'opération. Ces épreuves sont faites sous deux orientations différentes. Elles montrent, ce que l'examen objectif confirmait déjà, un noyau apparaissant franchement noir sur l'épreuve photographique, d'où partent des travées osseuses dont la coloration diminue en s'éloignant du noyau de condensation.

C) *Epreuve radiographique agrandie du fragment précédent.* — Grossissement 4/1. Le noyau de condensation apparaît plus nettement encore et montre un foyer d'ostéite condensante presque éburné. Sur cette épreuve les travées osseuses de rayonnement sont encore plus visibles que sur l'épreuve précédente.

OPÉRATION pratiquée le 15 mars à l'Hôpital Saint-Michel par le Docteur Dujarier, chirurgien des hôpitaux et le Docteur J. Récamier, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, avec l'assistance du Docteur J. Hallé, médecin des Hôpitaux.

Sous anesthésie chloroformique, incision sur le bord interne du poignet, le long de l'extrémité inférieure du cubitus. Dénudation de l'os. On découvre au lieu indiqué par la radiographie

un point osseux, extrêmement dense, comme ébarné. On se décide à l'enlever en masse, à la gouge et au marteau et on retire un fragment d'environ 1 centimètre de long sur près d'1/2 centimètre de large. L'articulation n'est pas ouverte au cours de l'opération et la suture de la peau est faite sans drainage.

Aucune suite opératoire.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — Dès le lendemain, la malade constate que sa crise douloureuse journalière ne se produit pas. Le lendemain à l'heure habituelle aucune douleur. Il en est de même les jours suivants. Dix jours après la malade quitte l'hôpital et rentre guérie dans son pays.

Depuis l'opération, la malade n'a plus jamais ressenti les crises douloureuses qui ont rendu sa vie si pénible pendant près de deux ans. Depuis cette époque en 1913 et 1914, nous avons eu de ses nouvelles à plusieurs reprises. La guérison s'est maintenue intégrale depuis le jour de l'opération.

Ici nous intercalons le texte d'une lettre adressée au D^r J. Hallé par le D^r Arnaud, de Voiteur, qui confirme la réalité des faits observés et l'excellent résultat thérapeutique :

La malade présentait depuis plus d'un an, à la même heure, le soir, eut elle travaillé ou non, des crises douloureuses suivant le bord interne de l'avant-bras et remontant jusqu'au coude. *J'ai assisté plusieurs fois à sa crise. A ce moment, le moindre frôlement de la peau de la région exaspérait la douleur, les veines de la main et de l'avant-bras étaient turgescents et la région légèrement œdématiée.*

Au début, j'avais pensé à une névralgie, à une névrite, sans d'ailleurs pouvoir en expliquer la cause et surtout la ténacité. Puis trouvant, toujours, en dehors des crises, un point douloureux très net, localisé sur la pointe de l'apophyse styloïde, je songeais à un processus inflammatoire du cubitus, d'autant plus que j'ai perçu plusieurs fois des craquements dans l'articulation sous-

jacente. Aussi avais-je proposé depuis longtemps une intervention à la malade.

Maintenant, ajoute le D^r Arnaud, notre malade est radieuse. Elle travaille et ne souffre plus.

Depuis cette époque, Jeanne B. n'a jamais plus senti son poignet douloureux et se déclare complètement guérie. Cette guérison dure depuis onze ans. Une lettre récente de Janvier 1921 indique que jamais depuis son opération elle n'a souffert, n'a pas eu de névralgies ailleurs, qu'elle se porte très bien et que la pression même forte au point opéré ne réveille aucune sensibilité.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — La pièce enlevée au cours de l'opération est fixée à l'alcool, décalcifiée, et coupée pour examen histologique. Au microscope, on ne peut que confirmer la nature de la lésion que la vue et la radiographie avaient permis d'affirmer. La partie éburnée est constituée par un noyau d'ostéite condensante extrêmement serré, comme éburné, formant un noyau bien tranché sur le reste de la préparation qui est constitué par du tissu osseux normal.

CONCLUSIONS

1° Il faut conserver le nom d'ostéite névralgique à la forme morbide décrite par Gosselin.

2° Cette affection est caractérisée par la disproportion qui existe entre les phénomènes douloureux et les lésions d'ostéite qui en sont la cause.

3° Les douleurs de l'ostéite névralgique sont caractérisées par leur intensité, leur siège en un point osseux toujours le même, leurs irradiations constantes vers l'extrémité de l'os, leur périodicité à heure fixe, l'absence de soulagement par les médications habituelles des diverses névralgies et au contraire, leur guérison immédiate par l'ablation du point osseux malade qui en est la cause.

4° Certaines maladies infectieuses : la syphilis, la blennorragie, la fièvre typhoïde, etc., peuvent présenter des ostéites douloureuses où la périodicité des douleurs et leurs caractères simulent l'ostéite à forme névralgique (douleurs ostéocopes, talalgie, etc...) mais les formes les plus pures de l'ostéite à forme névralgique peuvent résulter d'un traumatisme parfois insignifiant mais capable d'avoir produit en certains points du système osseux, un foyer d'ostéite condensant.

5° Dans ces cas, tout se passe comme si un filet nerveux de l'os se trouvait comprimé, encore que ce phénomène de compression n'explique pas la périodicité des douleurs.

6° Ces douleurs contrastent avec le peu de sensibilité à la pression de la région malade.

7° En présence de phénomènes d'ostéite à forme névralgique, la radiographie s'impose dans tous les cas.

8° En présence de lésions même peu accusées, l'intervention chirurgicale s'impose.

9° L'observation que nous rapportons montre les admirables résultats d'une opération généralement très simple et sans danger.

10° Même dans les ostéites douloureuses, d'allure chronique, rappelant l'ostéite à forme névralgique, telles que certaines ostéites relevant de la syphilis ou de la blennorragie, nous croyons que les essais de thérapeutique spécifique ne doivent pas être prolongés trop longtemps et qu'il faut, en particulier, recourir, assez promptement, à l'intervention chirurgicale.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BALZER. — Maladies vénériennes.

Edm. CRUVEILHIER. — D'une forme spéciale d'abcès des os ou abcès douloureux des épiphyses, *Thèse Paris*, 1885.

DUPLAY. — Mastoïdites sclérotiques. *Archives médicales*, 1888.

DUPLAY. — Ostéite névralgique. *Gazette des Hôpitaux*, 1897.

Edm. FOURNIER. — La syphilis.

GOSSELIN. — Ostéite névralgique. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 5 octobre 1875.

GOSSELIN. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Art. ostéite névralgique*, t. XXV, p. 337.

GOSSELIN. — Ostéite à forme névralgique. *Gazette des Hôpitaux*, 15 décembre 1874.

GOLAY. — *Thèse de Paris*, 1879.

GOURAUD. — Sur une forme d'ostéite chronique ou ostéite cavitaire. *Thèse de Paris*, 1880.

HEYDENREICH. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. ostéite*, t. XVIII, p. 453.

HIRTZ. — Hyperostose blennorragique de l'extrémité inférieure du fémur. Etude radiographique (*Bullet. méd.* 1900).

HIRTZ. — Ostéo-périostite gonococcique (*Presse médicale*, 1900).

HIRTZ. — Ostéo-périotose hypertrophiante blennorragique de la diaphyse fémorale (*Bull. soc. méd. des Hôpitaux*, 27 juillet 1900).

HIRTZ et DELAMARE. — *Presse médicale*, 1900.

LEVÊQUE. — Ostéite condensante et douloureuse. *Thèse de Paris*, 1898-99.

LE DENTU. — Etats douloureux des os et des articulations (*Presse médicale*, Paris 1899).

MAUCLAIRE. — Ostéite névralgique, *in* traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

NAUD. — D'une forme spéciale d'ostéite ou d'ostéite à forme névralgique (*Thèse de Paris*, 1868).

OLLIER. — *Encyclopédie interne de chirurgie*, t. IV, p. 280.

PERRET. — De la trépanation dans les abcès des os et l'ostéite à forme névralgique (*Thèse de Paris*, 1876).

PHILIPPOT. — *Thèse de Paris*, 1901.

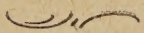
A. PONCET. — Des larges débridements périostiques dans les ostéo-périostites douloureuses non suppurées (ostéo-périostite à forme névralgique) (*Gazette des Hôpitaux*, 1874).

A. PONCET. — Ostéite à forme névralgique, *in* traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

VOISIN. — La talalgie blennorragique (*Thèse de Paris*) 1898-99.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Etiologie	11
Anatomie pathologique.....	13
Symptomatologie.....	19
Evolution et pronostic.....	28
Diagnostic.....	30
Traitement	33
Observation	35
Conclusions	43
Bibliographie.....	45



SAINT-AMAND (CHER) — IMPRIMERIE CLERC-DANIEL.
